

Formulario de historial de salud del nuevo paciente

Datos del paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Correo electrónico _____

*Su correo electrónico NO se compartirá con terceros y se utilizará únicamente para anuncios y promociones ocasionales de la oficina.

Dirección de envío

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre _____ Mujer _____ Teléfono celular _____

Teléfono residencial _____ SS# _____ Ocupación _____

Empleador _____ Número de hijos _____ Estado civil _____ Nombre del cónyuge _____

Remitido por _____

Contacto de emergencia _____ Relación: _____ Teléfono _____

Quejas actuales

Naturaleza de la lesión: _____ Automóvil _____ Trabajo _____ Otro. Por favor describa sus síntomas: _____

¿Es posible que su lesión haya sido causada por un accidente automovilístico en los últimos 1 o 2 años? _____ SÍ _____ NO

¿Ha contratado a un abogado? _____ SÍ _____ NO

Fecha de la lesión _____ Fecha en que aparecieron los síntomas _____ ¿Ha tenido esta afección antes?
_____ SÍ _____ NO

En caso afirmativo, ¿cuándo tuvo la afección? _____ ¿Alguna vez ha estado bajo cuidado
quiropático? S/N

Enumere otros profesionales atendidos por esta lesión/condición _____

Información del seguro

Nombre del responsable del pago _____ Teléfono _____

¿Tienes seguro médico? _____ SÍ _____ NO Nombre de la empresa _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Número de identificación de la
póliza _____ Empleador _____

¿Tiene un seguro médico secundario? _____ SÍ _____ NO En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Identificación de póliza
_____ Empleador _____

Firmas

Yo (_____) entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud/accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Entiendo que todos los servicios prestados y cobrados son mi responsabilidad personal por el pago oportuno. Entiendo que, si suspendo o termino mi atención/tratamiento, cualquier honorario por los servicios profesionales que se me presten vencerán y serán pagaderos de inmediato.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del cónyuge o tutor _____ Fecha _____

Historial médico

¿Ha sido tratado por alguna condición en el último año? ____ SÍ ____ NO

En caso afirmativo, describa:

Fecha del último examen físico _____ Fecha del último análisis de sangre _____

¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? ____ SÍ ____ NO

¿Le han tomado radiografías? ____ SÍ ____ NO Si es así, ¿dónde? _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando y para qué condiciones:

¿Qué vitaminas, minerales o hierbas toma actualmente?

Alguna vez has:

¿Ha tenido un accidente automovilístico? ____ SÍ ____ NO Explique: _____

¿Huesos rotos? ____ SÍ ____ NO Explique: _____

¿Ha estado hospitalizado? ____ SÍ ____ NO Explique: _____

¿Tuviste alguna cirugía? ____ SÍ ____ NO Explique: _____

¿Tuvo algún esguince/distensión? ____ SÍ ____ NO Explique: _____

¿Tuvo alguna lesión en la cabeza? ____ SÍ ____ NO Explique: _____

Historia familiar

Enumere cualquier condición de salud pasada o presente de sus padres (ejemplo: enfermedad cardíaca, cáncer, diabetes, artritis, etc.)

Alérgenos

Por favor enumere cualquier alergia y su reacción ante la exposición:

¿Alguna vez has sufrido de:

- | | |
|---|--|
| ☐ Anemia | ☐ Infección renal |
| ☐ Arterioesclerosis | ☐ Cálculos renales |
| ☐ Artritis | ☐ Pérdida de memoria |
| ☐ Bronquitis | ☐ Pérdida de equilibrio |
| ☐ Cáncer | ☐ Pérdida de olfato |
| ☐ Dolor/condiciones en el pecho | ☐ Pérdida de gusto |
| ☐ Constipación | ☐ Calambres musculares |
| ☐ Depresión | ☐ Dolor de cuello |
| ☐ Diabetes | ☐ Rigidez en el cuello |
| ☐ Problemas de digestión | ☐ Nerviosismo/Ansiedad |
| ☐ Mareos | ☐ Marcapasos |
| ☐ Zumbidos en los oídos | ☐ Postura pobre |
| ☐ Menstruación excesiva | ☐ Problemas de próstata |
| ☐ Dificultades por dolor en los ojos | ☐ Ciática |
| ☐ Fatiga | ☐ Dificultad para respirar |
| ☐ Micción frecuente | ☐ Curvatura de la columna |
| ☐ Dolor de cabeza | ☐ ETS |
| ☐ Hipertensión | ☐ Ataque |
| ☐ Arritmia | ☐ Hinchazón de los tobillos |
| ☐ Ciclo menstrual irregular | ☐ Articulaciones inflamadas |
| ☐ Condición de tiroides | ☐ Úlceras |

Hábitos

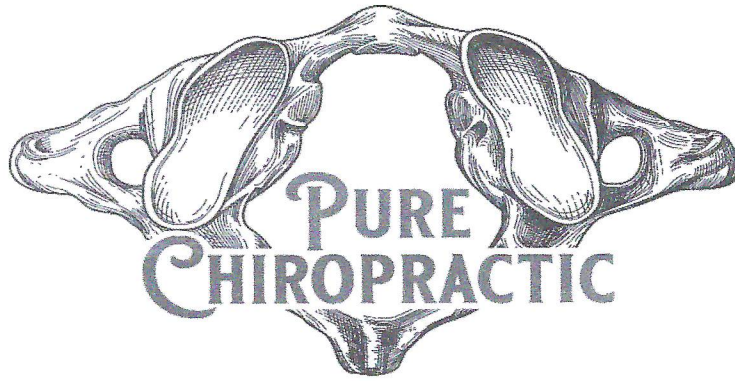
Marque lo que mejor se aplica a usted y responda las siguientes preguntas:

- Alcohol ☐ Ninguno ☐ Informal ☐ Moderado ☐ Pesado
- Cafeína ☐ Ninguna ☐ Menos de 3 bebidas por día ☐ 3-6 por día ☐ Más de 6 por día
- Fumar ☐ Nunca ☐ Actualmente todos los días ☐ Actualmente algunos días ☐ Anterior
- Uso de drogas ☐ Ninguno ☐ Recreativo ☐ Adicción
- Ejercicio ☐ Ninguno ☐ Rara vez ☐ 2-4 veces por semana ☐ Diariamente

¿Cuántas onzas/tazas de agua bebes al día?

¿Cuáles son tus hábitos de sueño?

¿Cómo describirías tu apetito?



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Los médicos quiroprácticos, médicos, osteópatas y fisioterapeutas que utilizan técnicas de terapia manual, como la manipulación de la columna o las extremidades, deben informar a los pacientes que, aunque es extremadamente raro, puede haber algunos riesgos asociados con dicho tratamiento.

En particular, en raras ocasiones, los pacientes han experimentado fracturas costales, distensiones musculares o esguinces de ligamentos después de ajustes de la columna. Algún tipo de ajuste de la columna vertebral del cuello que provoca o contribuye a complicaciones, incluido un accidente cerebrovascular. Esto ha sido objeto de tremendo desacuerdo dentro y fuera de la profesión, y una autoridad prominente afirmó que, como mucho, existe una probabilidad entre un millón de que se produzca un derrame cerebral como resultado de un ajuste quiropráctico del cuello. Empleamos pruebas en nuestro examen que están diseñadas para identificar dicha susceptibilidad a ese tipo de lesión. También se han reportado casos raros de lesiones de disco en el tiempo posterior a la manipulación de la columna, aunque ningún estudio científico ha demostrado con certeza que las lesiones de disco hayan sido causadas específicamente por dicho tratamiento.

El tratamiento quiropráctico, incluida la manipulación, ha sido objeto de informes gubernamentales y estudios multidisciplinarios realizados durante muchos años y se ha demostrado que es muy eficaz en el tratamiento del dolor de columna, de cabeza, de nervios y muchas otras afecciones. La atención quiropráctica contribuye a su bienestar general. Los riesgos de lesiones o complicaciones de los tratamientos quiroprácticos son sustancialmente menores que los asociados con muchos tratamientos, medicamentos y procedimientos médicos o de otro tipo administrados para las mismas afecciones.

Tratamientos auxiliares recomendados: hielo, compresas de calor húmedo, ejercicios de estiramiento/fortalecimiento, terapia de mensajes, estimulación muscular eléctrica (EMS) y terapia con láser frío.

Riesgos relacionados con el tratamiento auxiliar recomendado: El hielo, el calor y las estimulaciones musculares eléctricas (EMS) pueden provocar quemaduras. El EMS puede provocar irritación de la piel debajo de las almohadillas activas. Ejercicio de estiramiento/fortalecimiento y descompresión La tracción espinal puede causar dolor temporal posterior al tratamiento o espasmos musculares reflejos. Esta lista no es del todo inclusiva.

POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMAR

No espero que el médico pueda anticipar y explicar todos los posibles riesgos y complicaciones. Deseo confiar en que el médico ejerza su criterio durante el curso del tratamiento que el médico considere en ese momento, basándose en los hechos conocidos en ese momento, que es lo mejor para mí. Entiendo que los resultados no están garantizados. Reconozco que he discutido o he tenido la oportunidad de discutir con mi quiropráctico la naturaleza y el propósito del tratamiento quiropráctico que estoy a punto de recibir (incluida la manipulación quiropráctica), así como el contenido de este formulario de consentimiento. Doy mi consentimiento para el tratamiento quiropráctico que me ofrece o recomienda mi quiropráctico, incluida la manipulación quiropráctica.

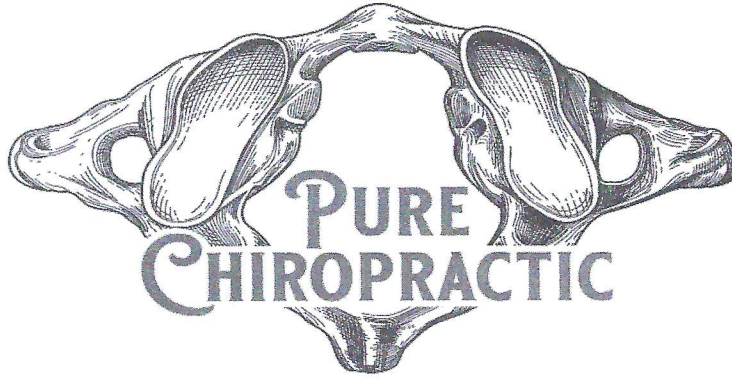
Nombre

Fecha

Firma (Paciente/Tutor)

Firma de testigo

Dr. Anthony Becerra, D.C.
25186 Hancock Avenue, Suite 100, Murrieta, CA 92562
(951) 461-4617



Política de Cancelación de citas y No Presentación

CITAS

En Pure Chiropractic no hay nada más importante que nuestro compromiso con su salud. Nos tomamos esta responsabilidad muy en serio. Por favor llegue a tiempo a su cita. Nuestros médicos hacen todo lo posible para cumplir con el cronograma y todos respetamos su tiempo. En un intento de ser coherentes con esto, contamos con una Política de Cancelación de Citas que nos permite programar citas para todos los pacientes. Cuando se programa una cita, ese tiempo se reserva para usted y, cuando se pierde, ese tiempo no se puede utilizar para tratar a otro paciente.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, le rogamos que nos avise con 24 horas de antelación. Esta política permite que otros pacientes accedan a la atención cuando sea necesario y evitar gastos en nuestra oficina debido a cancelaciones tardías y no presentaciones. Nos tomamos muy en serio su tiempo y estamos comprometidos a brindarle el más alto nivel de atención.

Si llama con menos de 24 horas de antelación o si no llama en absoluto, nos reservamos el derecho de facturarle por el tiempo que reservamos especialmente para usted. La tarifa de cancelación/no presentación es de \$25 por visitas de tratamiento quiropráctico y de \$50 por revisión quiropráctica de los hallazgos y visitas de nuevos pacientes. Entendemos que hay situaciones impredecibles que no se pueden evitar, así que contáctenos para compartir su situación particular.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, comuníquese a nuestro personal y estaremos encantados de aclarar cualquier pregunta que tenga.

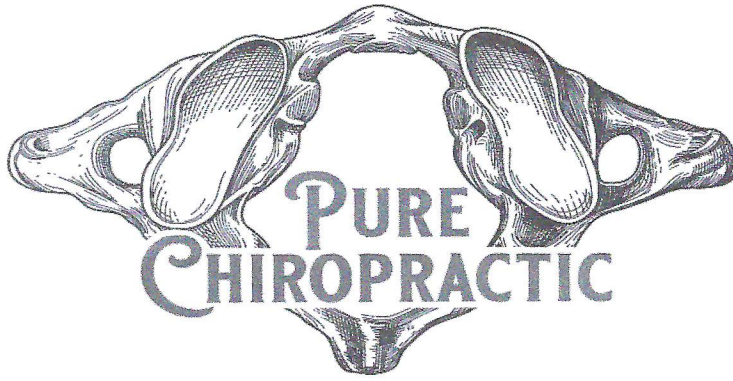
Le agradecemos su patrocinio.

He leído y entiendo la Política de cancelación de citas/ausencia de Pure Chiropractic y acepto estar sujeto a sus términos y condiciones.

Firma del paciente

Fecha

Dr. Anthony Becerra, D.C.
25186 Hancock Avenue, Suite 100, Murrieta, CA 92562
(951) 461-4617



CESIÓN DE PROCEDIMIENTOS

(Acuerdo)

Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de los montos totales adeudados a **Pure Chiropractic** por sus servicios. Este acuerdo no constituye ninguna contraprestación para que esta Oficina espere pagos y puede exigirme pagos inmediatamente después de prestar servicios a su opción. Si esta Oficina debe tomar alguna medida para cobrar un saldo pendiente en mi cuenta, seré responsable del pago y reembolsaré a **Pure Chiropractic** todos los costos de dichos esfuerzos de cobro, incluidos, entre otros, todos los costos judiciales y todos los honorarios de abogados.

Este Acuerdo no podrá modificarse ni revocarse sin el consentimiento mutuo por escrito de **Pure Chiropractic** y el mío. Por el presente revoco cualquier autorización firmada previamente, ya sea ejecutada en esta oficina o en cualquier otra oficina en la medida en que los términos de esas autorizaciones entren en conflicto con los términos de este Acuerdo.

Nombre (en letra de imprenta)

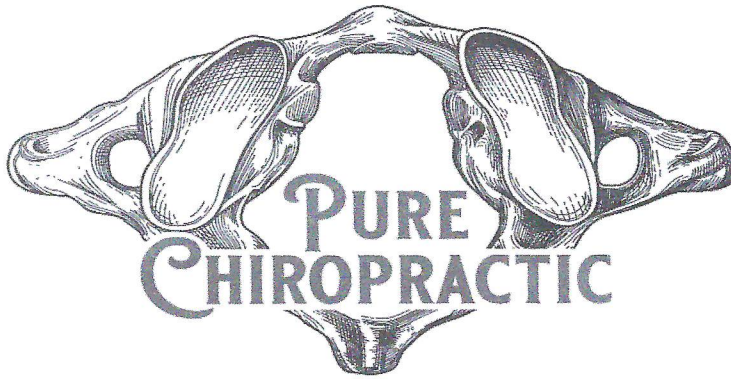
Fecha

Firma del paciente

Nombre del padre con custodia o tutor legal (en letra de imprenta)

Firma del padre/tutor

Dr. Anthony Becerra, D.C.
25186 Hancock Avenue, Suite 100, Murrieta, CA 92562
(951) 461-4617



CONDICIONES DE ACEPTACIÓN

Cuando un paciente busca atención de salud quiropráctica y aceptamos a un paciente para dicha atención, es esencial que ambas partes trabajen para lograr el mismo objetivo.

La quiropráctica tiene un solo objetivo. Es importante que cada paciente comprenda tanto el objetivo como el método que utilizará para alcanzarlo. Esto evitará cualquier confusión o decepción.

Ajuste: Un ajuste es la aplicación específica de fuerzas para facilitar la corrección de la subluxación vertebral por parte del cuerpo. Nuestro método quiropráctico de corrección consiste en ajustes específicos de la columna.

Salud: Estado de bienestar físico, mental y social óptimo, no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades.

Subluxación vertebral: una desalineación de una o más de las 24 vértebras de la columna vertebral que causa alteración de la función nerviosa e interfiere con la transmisión de impulsos mentales, lo que resulta en una disminución de la capacidad innata del cuerpo para expresar su máximo potencial de salud.

No ofrecemos diagnosticar ni tratar ninguna enfermedad. Solo ofrecemos diagnosticar subluxaciones vertebrales o afecciones neuromusculoesqueléticas. Sin embargo, si durante el curso de un examen quiropráctico de la columna encontramos hallazgos no quiroprácticos o inusuales, le informaremos. Si desea asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para esos hallazgos, le recomendaremos que busque los servicios de otro proveedor de atención médica.

Independientemente de cómo se llame la enfermedad, no ofrecemos tratarla ni ofrecemos consejos sobre el tratamiento recetado por otros. Nuestro único objetivo de práctica es eliminar una interferencia importante en la expresión de la sabiduría innata del cuerpo. Nuestro único método es el ajuste específico para corregir las subluxaciones vertebrales. Sin embargo, podemos utilizar otros procedimientos para ayudar a su cuerpo a mantener los ajustes.

Yo, _____, he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores.

Por lo tanto, acepto la atención quiropráctica sobre esta base.

Firma del paciente _____ Fecha _____

LANZAMIENTO DE EMBARAZO

Esto es para certificar que, hasta donde yo sé, yo, _____ no estoy embarazada y Pure Chiropractic

tiene mi permiso para realizar una evaluación de rayos X. Me han informado que los rayos X pueden ser peligrosos para el feto.

Fecha del último período menstrual _____

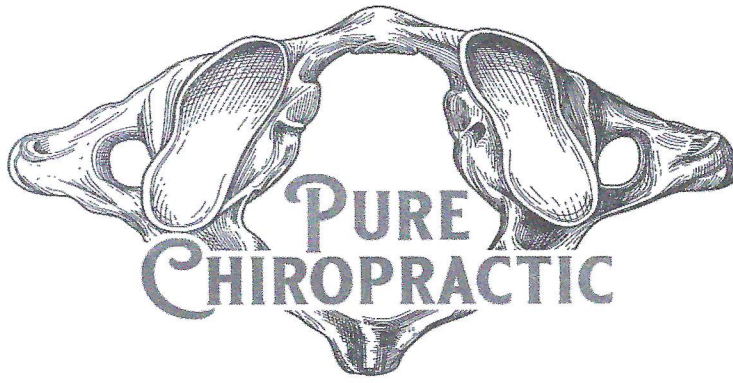
Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA EVALUAR Y AJUSTAR A UN MENOR

Yo (nombre en letra de imprenta), _____ siendo el padre o tutor legal de (nombre del niño en letra de imprenta) _____ he leído y entiendo completamente los términos de aceptación anteriores y por la presente doy permiso para que mi hijo reciba atención quiropráctica.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

Dr. Anthony Becerra, D.C.
25186 Hancock Avenue, Suite, 100, Murrieta, CA 92562
(951) 461-4617



AVISO DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Yo, _____ reconozco haber sido informado sobre la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Soy plenamente consciente y entiendo plenamente que hay una copia ubicada en la sala de espera de pacientes para mi comodidad. Entiendo completamente que HIPAA es un aviso que describe:

- El compromiso de Pure Chiropractic con mi privacidad
- Cómo Pure Chiropractic puede usar y divulgar mi información de salud identificable
- Mi derecho con respecto a mi información de salud de identificación individual

Además, entiendo que los términos del aviso HIPAA se aplican a todos los registros que contienen mi información de salud de identificación individual creada o conservada por Anthony Becerra, D.C. en Pure Chiropractic. Pure Chiropractic se reserva el derecho de revisar o modificar el aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA). Cualquier revisión o enmienda al aviso de HIPAA será efectiva para todos mis registros que Anthony Becerra, D.C. o Pure Chiropractic puedan crear o mantener en el futuro. Pure Chiropractic publicará una copia de su aviso HIPAA más reciente en un lugar visible en la sala de espera de pacientes en todo momento. También soy plenamente consciente de que puedo solicitar una copia del aviso HIPAA más reciente de Pure Chiropractic en cualquier momento.

Nombre completo del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

Dr. Anthony Becerra, D.C.
25186 Hancock Avenue, Suite 100, Murrieta, CA 92562
(951) 461-4617